

Care models at the second level: Experience of the Medical Specialties Unit

Modelo de atención integral en el segundo nivel: Experiencia de la Unidad de Especialidades Médicas

 José Juan Ceballos-Macías,^{1*}

Jorge Flores-Real,²

 Guillermo Ortega-Gutiérrez,¹

 Joel Vargas-Sánchez,²

 Ramón Madriz-Prado,¹

Ricardo Baltazar-Romero,²

 Dante José López-Mezquita,²

Alfredo Hernández-Moreno.¹

¹Secretaría de la Defensa Nacional, Unidad de Especialidades Médicas, Ciudad de México, México.

²Secretaría de la Defensa Nacional, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México.

Correspondencia: *José Juan Ceballos-Macías. Av. Industria Militar S/N. Col. Lomas de San Isidro, Naucalpan, Edo Mex. C.P. 53960. Correo electrónico: drjceballos@hotmail.com

Citación: Ceballos-Macías J. J., Flores-Real J., Ortega-Gutiérrez G., Vargas-Sánchez J., Madriz-Prado R., López-Mezquita D., *et al.* Modelo de atención integral en el segundo nivel: Experiencia de la Unidad de Especialidades Médicas. *Rev. Sanid. Milit.* 2022;76(3):pp 1-7

Abstract:

Objective: To report the implementation as well as the benefits of the Comprehensive Care Model at the second level: Experience of the Medical Specialties Unit, and assess its usefulness in the management and monitoring of patients with chronic diseases.

Material and methods: 9 medical care clinics were implemented as follows, 2 for Endocrinology, 3 Clinics for Chronic Diseases, one for education in diabetes and hypertension, as well as 3 for nutritional support. Absolute values of the number of consultations were measured during the years 2017, 2018, 2019 and part of 2020. Likewise, it was sought to identify the most prevalent pathologies with the idea of having a better control and monitoring of patients, with a better organization of medical and nursing care personnel.

Results and discussion: It was possible to increase the consultation numbers, with a stricter control and monitoring of patients, in addition to the benefits in terms of training and training of resident doctors, both military generals and civilian health professionals to face these prevalent conditions in our country.

Keywords: Chronic Illness Clinic, Medical Specialties Unit, National Defense Secretary



Resumen

Objetivo: Reportar la implementación y los beneficios del Modelo de atención integral en el segundo nivel: Experiencia de la Unidad de Especialidades Médicas, su utilidad en el manejo y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.

Material y métodos: Se lograron implementar 9 consultorios de atención médica de la siguiente forma, 2 de Endocrinología, 3 consultorios de Clínica de Enfermedades Crónicas, uno de educación en diabetes e hipertensión, así como 3 de apoyo nutricional. Se midió valores absolutos del número de consultas durante los años 2017, 2018, 2019 y parte del 2020. Así mismo se buscó identificar las patologías más prevalentes con la idea en tener un mejor control y seguimiento de los pacientes, con una mejor organización de personal de atención médico y de enfermería.

Resultados y discusión: Se lograron incrementar los números de consulta, con un control y seguimiento más estricto de los pacientes, además de los beneficios en cuanto a la formación y capacitación de médicos residentes, generales tanto militares como profesionales de la salud civiles para enfrentar estos padecimientos prevalentes en nuestro país.

Palabras clave: Clínica de enfermedades crónicas, Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas enfrentan ciertos problemas en su atención diaria. Se ha demostrado que la atención de calidad por parte de médicos generales es insatisfactoria en comparación con la atención otorgada en centros hospitalarios especializados.⁽¹⁾ Esto se debe a varias razones, una de ellas es la falta de instalaciones necesarias para la atención de pacientes con enfermedades crónicas. El acceso a servicios de laboratorio, gabinete y áreas especializadas como consulta de nutrición o enfermería son esenciales para todos estos pacientes. Otro servicio esencial ausente es un programa de citas y contacto a pacientes faltistas.⁽²⁾

Por lo cual el uso de programas y clínicas especializadas son útiles para ayudar a pacientes con enfermedades crónicas. El enunciado anterior está respaldado por varios estudios norteamericanos.⁽¹⁾ Todos los programas tienen características en común: el uso y seguimiento de planes y protocolos, reorganización y ajuste de servicios de salud para pacientes complicados o que necesiten de un seguimiento personalizado y un acceso fácil a servicios de especialidad como oftalmología o endocrinología.⁽²⁾

En México los últimos datos epidemiológicos muestran que el 32% de las muertes son el resultado de enfermedades como la diabetes *mellitus* tipo 2, enfermedades isquémicas del corazón y eventos cerebrovasculares.⁽³⁾ Estos datos nos indican que los servicios de salud deben de aumentar recursos y aplicar métodos concretos para atender eficientemente las necesidades de salud de la población mexicana.

El propósito de este artículo es presentar resultados de la clínica de enfermedades crónicas de la Secretaría de la Defensa Nacional. Esta clínica fue concebida en 2017 con el objetivo de unificar las diferentes clínicas existentes y dar seguimiento multidisciplinario e individualizado a pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, dislipidemias, obesidad y otros padecimientos endocrinológicos. Previo al 2017, la atención médica en la Unidad se llevaba mediante un consultorio de diabetes, uno de hipertensión/riesgos quirúrgicos, uno de medicina interna, uno de endocrinología y un consultorio de nutrición. Los cuales estaban atendidos por un endocrinólogo/internista, tres residentes de medicina interna y una nutrióloga. Una intención importante fue evitar duplicidad de consultas y recetas, reduciendo costos en la atención médica, así como; la mejoría en la gestión y planificación de requerimientos de medicamentos. Se observó una disminución de costos de traslado, a pacientes que provenían de los diferentes escalones sanitarios ya que previamente estos padecimientos se atendían por separado, condicionando mayor cantidad de citas en fechas diferentes y por lo tanto mayores costos de traslado.

MATERIAL Y MÉTODOS

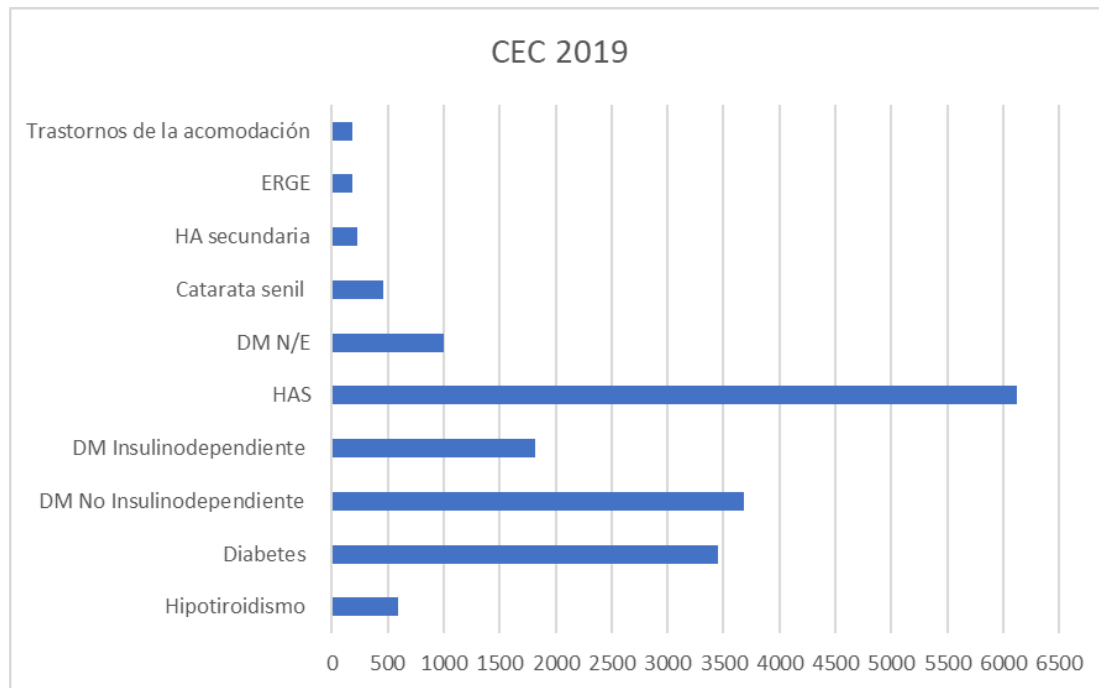
Se lograron implementar nueve consultorios de atención médica de la siguiente forma, dos de endocrinología, tres consultorios de clínica de enfermedades crónicas, uno de educación en diabetes e hipertensión, así como tres de apoyo nutricional. Se midió valores absolutos del número de consultas durante los años 2017, 2018, 2019 y parte del 2020. Es importante recalcar que durante el año 2017 no existía el centro de enfermedades crónicas. Los servicios se dividían dependiendo de la especialidad (medicina interna o endocrinología) o del tipo de enfermedad que padecía el paciente (clínica de diabetes *mellitus* o clínica de hipertensión arterial sistémica). Durante ese año se atendió un total 21 578 consultas de los padecimientos representados en la tabla 1.

Tabla 1

Grupo	Año 2017 Número de consultas		Año 2018 Número de consultas	Año 2019 Número de consultas	Año 2020 Número de con- sultas
Endocrinología	4435	Centro de enferme- dades crónico-dege- nerativas	6922	9518	3597*
Medicina Interna	7962		27 545	34 229	12 704*
Clínica diabetes	4746				
Clínica hipertensión	4435				
Total	21 578 consultas		34 467 consultas	43 747 consultas	16 301* consultas

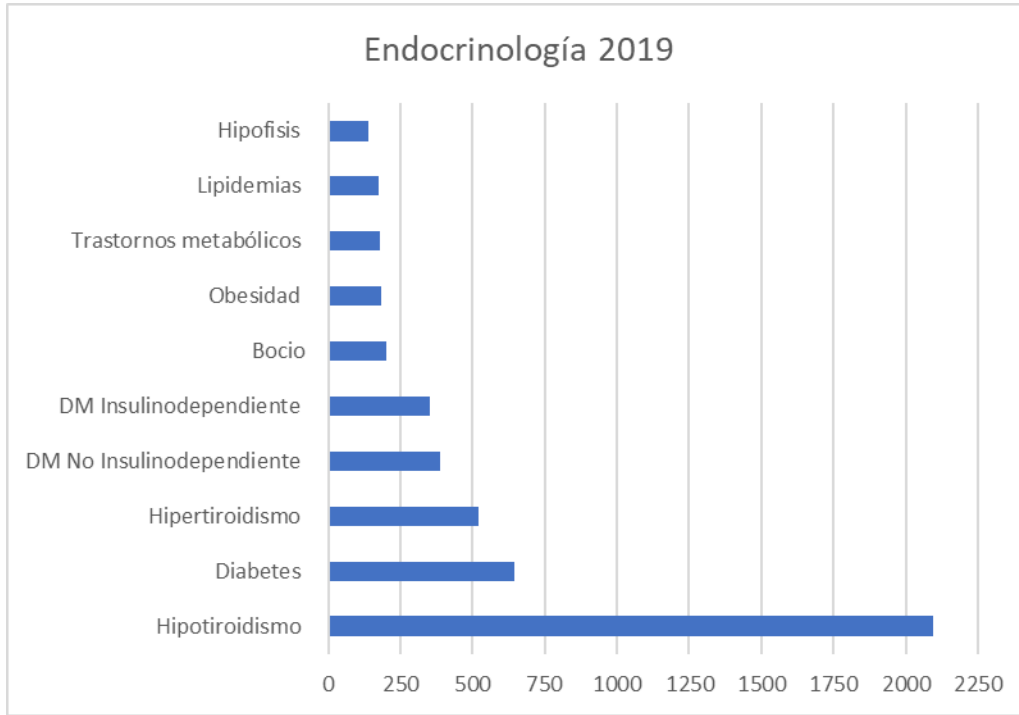
A partir del año 2018, con la creación del Centro de Enfermedades Crónico-degenerativas (CEC), se logró incrementar el número de atención a pacientes. En tan solo dos años se duplicó el número a 43 747 y se atendió diferentes patologías. Los indicadores de las principales patologías se exponen en las figuras 2 y 3.

Figura 2



*Lo números se expresan en cantidad pacientes atendidos

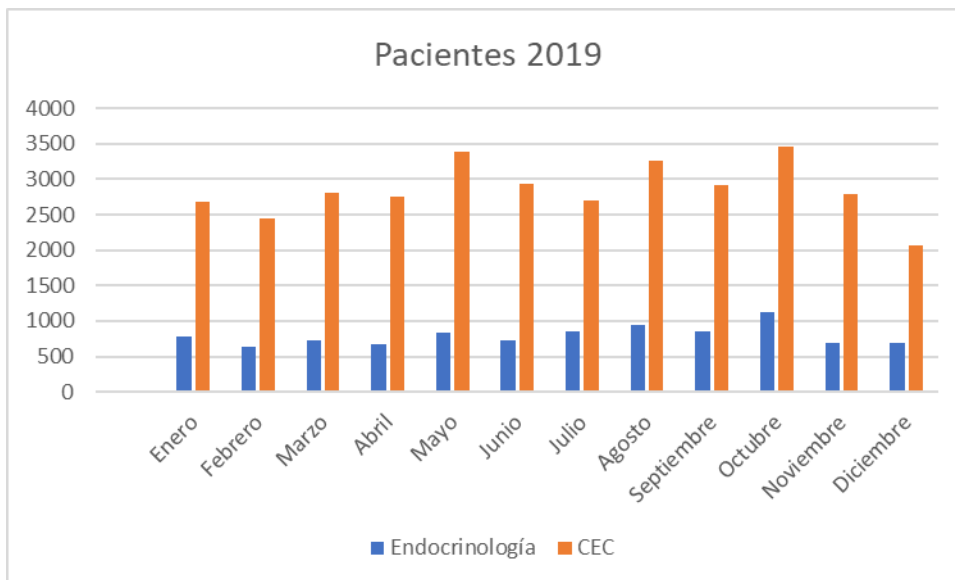
Figura 3



*Lo números se expresan en cantidad pacientes atendidos

También se expone el número de pacientes de cada mes en la figura 4.

Figura 4



Por lo que respecta a los primeros tres meses del año 2020, se atendieron en grupo de enfermedades crónicas un total de 10 381 consultas, lo que se vio disminuido por la pandemia COVID-19.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El tratamiento de enfermedades crónicas en poblaciones grandes depende mucho de los modelos de atención que se implementen. Es de vital importancia el uso de grupos que contengan médicos generales, especialistas, cuerpo de enfermería y nutrición. El éxito de estos programas también depende de personal de planta en la planeación y dirección del control con el apoyo de personal técnico no afiliado a áreas de salud. Estos modelos no solo son un beneficio para los pacientes, al involucrar el personal de médicos generales tanto militares como profesionales de la salud civiles mediante capacitación en la atención de estos padecimientos, contribuyendo a la formación de médicos en la Escuela Militar de Medicina y docentes en la especialidad de medicina interna de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad con un perfil de egreso adecuado para la situación epidemiológica de estos padecimientos prevalentes en nuestro país. Así mismo se lograron captar y registrar pacientes con dislipidemias graves y se publicaron diferentes trabajos gracias a la estadísticas y tesis generadas en enfermería, medicina general, maestría y especialidad medicina interna.^(4,5)

CONCLUSIÓN

La creación de la Clínica de Enfermedades Crónicas de la Unidad de Especialidades Médicas ha logrado mejorar la calidad de la atención médica a nuestros derechohabientes como objetivo primario, en conjunto con reducción de costos, formación de recursos humanos, investigación clínica. Queda pendiente reproducir a nivel nacional este modelo de atención para los hospitales regionales de esta Secretaría de la Defensa Nacional.

FINANCIAMIENTO

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Hayes TM, Harries J.** Randomised controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetics. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;289(6447):728–30. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.289.6447.728>
2. **Wagner EH, Austin BT, Von Korff M.** Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–44.
3. **Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahua Díaz D.** Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016;59(6):8–22.
4. **Mehta R, Martagon AJ, Ramirez GAG, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, Elias-Lopez D, et al.** Familial hypercholesterolemia in Mexico: Initial insights from the national registry. *Journal of Clinical Lipidology*. 2021;15(1):124–33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2020.12.001>
5. **Ceballos-Macías José J, Rivera-Moscoso R, Flores-Real Jorge A, Vargas-Sánchez J, Ortega-Gutiérrez G, Madriz-Prado R, et al.** Tocilizumab in glucocorticoid-resistant graves orbitopathy. A case series report of a mexican population. *Annales d'Endocrinologie*. 2020;81(2):78–82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ando.2020.01.003>